N° 55

DU TRAITEMENT

DE

L'ADÉNITE TUBERCULEUSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

le 12 juillet 1889.

PAR

Paul CASTAN

Né à Pouzolles (Hérault)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1889

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN, Doyen.
BERTIN-SANS, Assesseur.

Professeurs.

	Messieurs :
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL ✻.
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.	CASTAN.
Clinique médicale.	GRASSET.
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale.	TÉDENAT.
Opérations et appareils.	GRYNFELTT.
Pathologie externe.	CHALOT.
Anat. pathol. et histol.	KIENER ✻.
Thérap. et Matière médicale.	HAMELIN ✻.
Anatomie.	PAULET (O. ✻ ✠).
Pathologie interne.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	MAIRET.
Botan. et Hist. Nat. méd. (ch. de c.)	GRANEL.
Clinique obst. et gynécol. (ch. de c.)	GERBAUD.
Physique médicale. (ch. de c.)	IMBERT.

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. ✻ ✠).
Prof. honor. M. DUPRÉ (O. ✻ C. ✠),

Chargés de Cours de Cliniques annexes :

Clinique des maladies des enfants.	MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	MOSSÉ (✻), agrégé.
Clinique ophthalmologique.....	TRUC, agrégé.

Agrégés en Exercice

Messieurs :	Messieurs :	Messieurs
BIMAR.	GRANEL.	BROUSSE.
MOSSÉ (✻).	FORGUE.	GILIS.
REGIMBEAU (✻).	TRUC.	IMBERT.
BLAISE.	GERBAUD.	
BAUMEL.	BOINET.	
VILLE.		

M. H. GOT, Secrétaire.
M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examinateurs de la Thèse :

MM. DUBRUEIL, *président.*
GERBAUD, *Professeur.*
TRUC, *agrégé.*
GAYRAUD, *agrégé.*

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Vénération et regrets éternels.

A MON EXCELLENTE MÈRE

Amour profond.

P. CASTAN.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur DUBRUEIL

A Messieurs les Professeurs CARRIEU, TÉDENAT, CASTAN, HAMELIN

A Messieurs les Professeurs-Agrégés FORGUE, TRUC, GERBAUD

P. CASTAN.

A mes Amis les Docteurs

Jules **BOUDOU**, Jacques **BUARD**, Joseph **CHASSEREAU**

A mes Amis les Avocats

Joseph **GUY**, **BOUSSAC**, Jean **PASCAL**, Delphin **ALLAN**

A Mes Amis

François **JALABERT**, Paul **ANDRÉ**

A mes Amis

Emile **GRIMAUD**, Adolphe **HÉBERT**, négociants

P. CASTAN.

A mes Cousins

Damien **BLANC** et sa famille
Clovis **CASTAN** et sa famille
Maurice **CROS** et sa famille

A ma Cousine Victoire **ALBÈS**

A mon Ami

Justin **FERRAND**, négociant à Salces, et sa famille

P. CASTAN.

Durant le cours de nos études, les questions de chirurgie sont celles qui nous ont le plus intéressé. Cette prédilection nous a amené à choisir, pour sujet de notre thèse inaugurale, le traitement de l'adénite tuberculeuse, dont nous avons observé plusieurs cas dans le service de M. le professeur agrégé Forgue.

Cette étude est à l'ordre du jour, avec les travaux de Verchère, Poulet, Cazin, Nélaton ; et ces manifestations sont d'autant plus intéressantes qu'elles sont, pour la plupart, accessibles à l'opérateur et susceptibles par conséquent d'une intervention chirurgicale.

C'est à notre jeune et déjà distingué professeur agrégé Forgue que nous devons le choix du sujet de notre thèse. Inspiré par son récent article de la *Gazette des hôpitaux*, c'est dans son service et aidé par lui que nous avons pu étudier ce sujet et prendre les quelques observations que nous soumettons à l'appréciation et à la bienveillance de nos Juges; qu'il reçoive ici l'expression de nos plus sincères remerciements.

Nous remercions M. le professeur Dubrueil d'avoir bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

DU TRAITEMENT

DE L'ADÉNITE TUBERCULEUSE

PRÉLIMINAIRES

Le domaine de la tuberculose est devenu des plus vastes; elle envahit tous les tissus, tous les organes, ce n'est plus contesté. Mais on discute encore sur le point de départ des manifestations diathésiques.

Telle lésion peut-elle n'être qu'un simple accident local survenu en dehors de toute imprégnation préalable de l'organisme, ou bien n'est-elle que la manifestation localisée d'une infection déjà générale, manifestation apparue sous une influence parfois connue, traumatisme antérieur, maladie intercurrente ? On pourrait résumer ainsi la question: peut-on distinguer des tuberculoses locales (1) et des tuberculoses localisées (2) ?

La tuberculose locale telle que nous l'entendons est d'une explication difficile. D'où vient la lésion ? comment s'est-elle produite ? On a peine à comprendre cette infection en tout

(1) Friedlander.
(2) Kiener.

semblable à celle qui résulte de l'inoculation expérimentale de la matière tuberculeuse. Le développement des tuberculoses localisées est au contraire des plus nets, les germes, quels qu'ils soient, ont envahi l'organisme par les voies digestives, respiratoires, ils existent dans le torrent de la circulation, puis sous une influence quelconque, traumatisme, maladie intercurrente, ils vont faire irruption au travers des vaisseaux et envahir les tissus les plus favorables à leur développement, ceux qu'une moindre résistance organique semble naturellement désigner, ceux dont la vitalité et l'activité fonctionnelle normales sont déjà compromises.

Les travaux de M. Kiener ont prouvé la nature tuberculeuse de l'adénite; et nous trouverons plus loin, dans les observations de son collaborateur, M. Poulet, la mention d'inoculations d'adénites à des cobayes qui sont tous morts tuberculeux ; sur huit observations, nous en voyons cinq avec la mention : inoculations positives.

Quant à la question de faire une différence entre les adénites scrofuleuses et les adénites tuberculeuses, plus la science avance et plus le domaine de la scrofule diminue.

Autrefois, avec Hufeland et Lepelletier, la scrofule comprenait toutes les affections tuberculeuses et le lupus.

M. Cornil trouve des différences anatomiques entre les ganglions tuberculeux et scrofuleux.

Thaon, au contraire, est uniciste.

Pour Friedlander, l'adénite tuberculeuse est une tuberculose locale, localisée pour M. Kiener ou encore atténuée selon Cornil.

M. Bouchard voit le cadre de la scrofule devenir étroit et comprendre seulement les manifestations cutanées et muqueuses, mais il regarde cette scrofule comme une manière de viciation menant à la tuberculose et soutient qu'on devrait dire qu'il y a non pas une, mais des diathèses tuberculeuses.

L'adénite tuberculeuse se rencontre le plus souvent, d'après les auteurs classiques, chez des enfants qui ont vécu dans de mauvaises conditions hygiéniques et dont la misère physiologique est grande. Dans les cas que nous avons pu observer, nous l'avons vue pourtant survenir chez des individus d'apparence robuste. Il est peu de groupes ganglionnaires qui échappent à cette affection. Les ganglions de la région cervicale y sont particulièrement prédisposés.

Le froid, les violences extérieures, les traumatismes de toute nature, les frottements répétés même peuvent hâter le développement de la lésion. Les fils d'alcooliques, de syphilitiques, de scrofuleux, de descendance suspecte, peuvent plus facilement que les autres contracter cette maladie.

Les ganglions atteints conservent parfois leur développement et leur volume normaux. Généralement, ils sont hypertrophiés, congestionnés, et ils présentent une certaine tuméfaction et une certaine rougeur. Indépendants les uns des autres, durs, élastiques, rénitents dès le début de l'infection parasitaire, ils sont bientôt soumis à l'influence et aux progrès de la dégénérescence.

Vient-on à pratiquer une coupe sur cette tumeur d'un gris-jaunâtre, on aperçoit sur les surfaces de section des points opaques, d'aspect grisâtre, réunis en îlots caséeux, quelquefois ramollis au centre. Cette masse plus ou moins fongueuse présente successivement, suivant la période d'évolution où elle est considérée, l'apparence du pus, du mastic et de la craie. Quelquefois même ce sont de vrais calcaires entourés d'une capsule fibreuse.

Si c'est d'une manière aiguë que débute l'adénite tuberleuse, on voit la tuméfaction ganglionnaire survenir à l'occasion d'un coup de froid, d'une irritation quelconque, par exemple la corde d'un sac passant sur le cou; quelquefois, sans aucune cause appréciable, la région se gonfle, on sent,

au toucher, une ou plusieurs tumeurs, douloureuses à la pression, rouler sous les doigts ; puis les ganglions se réunissent et s'immobilisent, le tissu cellulaire prend part au développement de l'inflammation. Enfin, il se forme un abcès, le pus s'écoule, mal lié, grumeleux; la cavité évolue comme une ulcération scrofuleuse, les lèvres de la plaie sont amincies, décollées.

Si l'adénite, au contraire, suit une marche lente, et c'est ce qui arrive le plus souvent, elle s'établit peu à peu et d'une manière insidieuse ; les ganglions augmentent lentement de volume. Quelquefois, pour arriver à une adénite du volume du poing, il a même fallu plusieurs années. On sent rouler sous la peau des masses échelonnées les unes au-dessus des autres, dures, résistantes, indolores, mobiles. Cette période d'état peut persister presque indéfiniment; puis, ou bien la tumeur se résout et disparaît presque complètement, ou bien elle s'enflamme; dans ce cas, les ganglions adhèrent ensemble et la peau qui les recouvre s'immobilise et rougit; bientôt la fluctuation apparaît en un point, on la perçoit facilement, et l'adénite suit la marche des adénites aiguës; dès le début, un ulcère se forme et laisse sortir une substance floconneuse, séro-purulente, le trajet ne se ferme pas toujours et les fistules peuvent rester plus ou moins longtemps. Après ce premier abcès, on en voit survenir un second sur un ganglion voisin, puis un troisième peut se prendre, et cela peut durer ainsi bien longtemps.

CHAPITRE PREMIER

Peu d'affections sont aussi rebelles et aussi redoutées des parents, quand les malades sont jeunes, ou des malades, quand il sont adultes, que les adénites tuberculeuses et celles surtout de la région cervicale. Aussi, les traitements les plus divers ont été essayés contre elles : traitement médical seul, injections interstitielles, ablation ou curage des ganglions.

Avant d'aborder la question du traitement chirurgical, il convient d'accorder une large place au traitement général; et on n'aura recours au traitement chirurgical que si le traitement général a manifestement échoué. «Le traitement général est un adjuvant nécessaire.... malgré son insuffisance à l'état isolé, il faudra néanmoins dans tous les cas, disons-le bien haut, quelle que soit le méthode locale que l'on voudra mettre en pratique, y ajouter une thérapeutique médicale active.» (1).

Nous conseillerons une bonne hygiène, des frictions sèches sur tout le corps, une alimentation azotée, au besoin même la suralimentation, du plein air, le climat des pays à température constante, le séjour au bord de la mer, les bains chlorurés, sodiques, les bains de mer, surtout ceux de Salies-de-Béarn, ou de Salins-du-Jura, ceux de Berk-sur-Mer recommandés par Cazin, l'huile de foie de morue qui est un dépuratif en même temps qu'un aliment d'épargne, médicament

(1) Verchère.— D'un nouveau traitement des adénopathies cervicales.

que l'on tend à abandonner pour d'autres préparations plus recherchées et plus compliquées, et qui doit être donné à doses progressivement croissantes, et pendant bien longtemps, si les malades peuvent la supporter; l'iodure de potassium, dans lequel on pourra ajouter quelques gouttes de teinture d'iode (1), le fer, le quinquina, les eaux minérales d'Orezza, de Bussang; l'arsenic aussi a donné de bons résultats sous forme de liqueur de Fowler.

Les statistiques de M. Cazin nous montrent l'heureux résultat que l'on peut tirer des bains de mer, et surtout du séjour au bord de la mer; dès ses débuts, le petit hôpital provisoire de Berk-sur-Mer recevait 118 adénites chroniques; sur ce nombre, 85 guérirent absolument, 24 furent améliorés, 7 restèrent stationnaires, 2 moururent; ce qui donne pour cent:

Guérison	72,05
Améliorations	20,33
Etats stationnaires	5,93
Mortalité	1,69

En 1869 s'ouvrait le grand hôpital actuel, comptant 600 lits. On y a soigné, de 1869 au 1er janvier 1883, 1482 enfants affectés d'adénopathies de sièges divers qui amenèrent 1118 guérisons, 296 furent réclamés ou améliorés et 68 sont morts, ce qui donne pour cent:

Guérisons	75,44
Améliorations et réclamations	19,97
Morts	4,59

(1) M. Guibout recommande la potion suivante:

Julep gommeux	150 gr.
Iodure de potassium	2 —
Teinture d'iode	10 à 15 gouttes.
Tannin	1 gr.
Sirop de quinquina	30 —

Ces résultats sont dus à la prolongation du séjour dans l'air marin et à la durée considérable du séjour qui, pour certains cas, a atteint une durée de 450 jours.

En réunissant les statistiques de différents hôpitaux maritimes, M. Cazin a pu rassembler 3407 cas d'adénopathies traitées par les bains de mer; ils ont donné, en bloc, pour cent:

Guérisons	61,58
Améliorations	34,81
Etats stationnaires	1,50
Décès	2,11

« Mais si, comme dans le tableau ci-après établi par M. Cazin, on établit deux catégories d'après le temps de séjour, on voit que de la première, où la saison oscille entre vingt jours (minimum) et trois mois (maximum) comme en Italie, à Margate en Danemark, à celle où la guérison est la seule limite comme à l'hôpital de Berk-sur-Mer et dans les hôpitaux similaires, il y a dans les guérisons un écart de 48,15 à 75,69 p. 100.» (1)

(1) Cazin.— De l'ablation des ganglions tuberculeux. Statistique de l'hôpital de Berk-sur-Mer.

(Suit le tableau)

DURÉE DU SÉJOUR	ADMIS	GUÉRIS		AMÉLIORÉS		STATIONNAIRES		MORTS	
		Nombre	Proportion p. 100.	Nombre	Proportion p. 100	Nombre	Proportion p. 100	Nombre	Proportion p. 100
1re CATÉGORIE									
Séjour limité à trois mois (maximum) et vingt jours (minimum).....	1.745	840	48.14	861	49.34	44	2.52	»	»
(Hôpitaux italiens, danois; hôpital de Rotschild).									
2e CATÉGORIE									
Séjour illimité.....	1.662	1.258	75.69	325	19.55	7	0.43	0.72	4.33
(Berk-sur-Mer, maison Cornu, à Berk, de Paris à Grosfliers. (Pas-de-Calais)									
TOTAL.....	3.407	2.098	61 58	1.186	34.81	51	1.50	72	2.11

Mais tout le monde ne peut se soumettre au traitement marin; toutes les plages ne sont poit ouvertes aux indigents et accessibles à toutes les bourses. Aussi a-t-on cherché à activer le traitement médical, quelquefois même à y suppléer complètement. Nous traiterons donc dans les chapitres suivants des traitements chirurgicaux qui ont été employés.

Qu'il nous soit permis de dire quelques mots sur certains traitements locaux qui ne rentreront point dans le cadre de notre étude.

On a employé les résolutifs et les fondants: pommades iodurées, vésicatoires; la compression, utile à la région inguinale ou même à l'aisselle, ne peut être employée à la région cervicale, puisqu'elle produirait quelques-uns des accidents que nous reprochons aux ganglions malades et qui nous poussent à agir énergiquement contre eux.

Bonnafont et Guersant employaient de petits sétons filiformes.

L'ignipuncture a compté de nombreux partisans.

L'acupuncture est insuffisante, dit M. Potain, dans son article du dictionnaire encyclopédique.

Ricord employait les cautérisations ponctuées. G. Bird aurait réussi souvent par électrolyse, il enfonce le pôle négatif d'un appareil électrique dans la tumeur.

Nous regardons ces moyens comme insuffisants, quelques-uns même comme nuisibles.

Nous commencerons d'abord à parler du traitement chirurgical par les injections interstitielles, puis, allant graduellement du simple au composé, nous parlerons du curage et de l'extirpation.

CHAPITRE II

«L'injection de teinture d'iode n'est point à recommander; elle éveille souvent des phénomènes inflammatoires douloureux, diffusés, excédant l'effet thérapeutique voulu.» (1)

P. Reclus a tenté d'injecter dans les ganglions scrofuleux de la liqueur de Fowler.

Il a publié, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* (1885), une observation d'une Anglaise, chez laquelle on fit onze injections de liqueur de Fowler de 8, 10, 12 gouttes, et les deux dernières de 20 gouttes, et dont on obtint la guérison complète.

Mais, depuis, cette méthode n'a pas tenu ce qu'elle paraissait promettre.

M. Forgue a fait récemment l'essai d'injections de liqueur iodo-tannique, aux mêmes doses progressives; ces injections ont été tolérées, sans réaction inflammatoire vive, par les ganglions et leur gâteau périadénique ambiant. Chez un soldat porteur d'un gros paquet ganglionnaire rétro-angulaire, l'effet thérapeutique a été notable : le malade, jusqu'alors ioduré et gavé d'huile de foie de morue sans résultats, a vu fondre, en un mois et demi, sa masse adénique.

Les modes d'emploi de l'iodoforme en poudre ou en solution dans la glycérine sont défectueux, la poudre ne pénétrant pas dans toutes les parties des tissus et la densité de

(1) Forgue, *loc. cit.*

la glycérine iodoformée, ainsi préparée, en faisant un agent imparfait, si l'on considère la lenteur avec laquelle la glycérine disparaît ou laisse déposer l'iodoforme.

L'éther, au contraire, possède toutes les qualités désirables, il dissout facilement l'iodoforme et est très diffusible ; enfin, qualité essentielle, il porte l'iodoforme jusque dans les points les plus reculés.

Verneuil, après le traitement d'une tumeur blanche du genou par l'éther iodoformé, trouva, à l'autopsie, la cavité tapissée d'une couche non interrompue d'iodoforme.

La méthode qui a fait ses plus sérieuses preuves cliniques est celle dont M. Verchère a décrit la techniqne et les résultats (1). Elle a l'avantage de s'adresser également aux deux formes d'adénites tuberculeuses qui se présentent au chirurgien, aux ganglions ramollis et suppurés et aux masses adéniques fermes encore et rénitentes. Dans le premier cas, c'est un véritable abcès froid ganglionnaire ; et l'on comprend *à priori* que, s'il ne s'est point encore ouvert, l'injection éthéro-iodoformée y sera d'une aussi commode technique et y pourra être d'un aussi efficace résultat que pour les collections purulentes froides du tissu cellulaire. Une injection peut suffire ; deux ou trois seront parfois nécessaires pour achever la cure de cette poche caséeuse, souvent anfractueuse.

Dans le second cas, la technique mérite qu'on la détaille. Tous les ganglions ne sont pas au même stade évolutif ; quelques nœuds du chapelet ganglionnaire sont encore durs, libres de toute gangue périphérique, alors que d'autres grains conglomérés, soudés par leur atmosphère cellulaire ambiante, ont conflué en une masse adhérente aux téguments rougis

(1) Verchère.— D'un nouveau traitement des adénopathies tuberculeuses. *In* Etudes sur la tuberculose de Verneuil, t. I., p. 317.

par places, parfois avec quelques points qui fluctuent. Chacun des ganglions doit être traité isolément; les injections interstitielles doivent s'espacer, pour ne point provoquer une distension ou une inflammation trop grande; elles doivent se succéder méthodiquement, allant des ganglions suppurés qui ont les premiers honneurs thérapeutiques aux masses en imminence de suppuration et enfin aux noyaux ganglionnaires encore fermes.

L'évacuation du pus se fait généralement avec l'aiguille N° 3 de l'appareil de Dieulafoy. La ponction et l'évacuation achevées, on vide la seringue du liquide purulent extrait, on la remplit d'éther iodoformé qu'on pousse lentement dans la cavité de l'abcès. La quantité d'iodoforme injecté variera nécessairement avec le volume de la tumeur, mais il faut se garder toujours d'en introduire une trop grande quantité; on pourrait, en effet, voir survenir des phénomènes d'intoxication: 3 ou 4 gr. au plus d'iodoforme seront toujours suffisants. Lorsque la cavité de l'abcès est grande, lorsqu'on peut injecter une grande quantité de solution, M. Verneuil emploie une solution faible, 5 gr. d'iodoforme pour 100 gr. d'éther; on injecte 50 gr. de la solution, c'est-à-dire 2 gr. 50 d'iodoforme. Lorsque la cavité est petite, il faut employer une solution plus forte, 10 gr. d'iodoforme pour 100 gr. d'éther et injecter 20 à 25 gr. de cette solution.

Voici, par exemple, dans l'observation I de M. Verchère, une malade qui porte au cou, le long du sterno-mastoïdien, trois gros ganglions dont le médian est fluctuant, dont les deux autres résistent et roulent sous la peau: le premier jour, une ponction avec l'aiguille N° 3 de Dieulafoy évacue un dé à coudre de pus caséeux; on injecte 10 gr. d'éther iodoformé à 10 p. 100; quatre jours après, c'est le tour du ganglion supérieur qui est ponctionné et ne donne aucun écoulement; on le pique à la seringue de Pravaz et on pousse une serin-

guée d'éther iodoformé à 10 p. 100 ; le troisième ganglion subit, six jours après, une intervention analogue.

M. Verchère (1), frappé de la difficulté qu'il y a à fermer hermétiquement la petite ouverture faite par le trocart et qui donne issue au gaz iodoformé lorsque la pression intérieure devient considérable, a modifié de la façon suivante le manuel opératoire : « Lorsque la peau est épaisse, résistante, qu'elle ne fait que médiatement partie des parois de l'abcès, on enfonce le trocart très obliquement, de façon à créer dans le tissu cellulaire un certain trajet entre la peau et la paroi même de l'abcès. De la sorte, après l'injection d'éther et l'ablation du trocart, les orifices superficiels et profonds ne se correspondant plus, la tension de la poche contribuera à fermer de plus en plus le trajet de la ponction par un mécanisme analogue à celui qui obture les urétères dans la réplétion de la vessie ; il suffira d'appliquer la baudruche et le collodion et la solution tout entière sera maintenue dans l'abcès. »

Comme l'indique M. Verchère, la seule difficulté, mais bien minime, consiste à faire l'injection bien exactement dans le tissu ganglionnaire lui-même ; et lorsque le ganglion est mobile, lorsqu'il est de petit volume, on peut risquer de ne pas dépasser, avec l'aiguille de Pravaz, le tissu cellulaire sous-cutané ou de transpercer le ganglion de part en part et de pousser l'éther dans les nappes cellulaires ambiantes. Quelques observations signalent l'angoisse respiratoire menaçante qui accompagne alors cet emphysème thérapeutique dans la région cervicale. Il suffit de fixer solidement du pouce et de l'index gauches le noyau ganglionnaire à injecter, de l'énucléer sous la peau, et d'enfoncer de la main droite l'aiguille de Pravaz isolée : on lâche alors la glande et quelques mou-

(1) *In* Revue de chirurgie 1886.

vements de bascule de l'aiguille montrent bien si le ganglion embroché suit ses oscillations.

Lorsque, au contraire, la peau est amincie, rouge, qu'elle constitue en partie les parois de l'abcès, la manœuvre précédente devient impossible. Ces abcès, sous-cutanés, sont très petits en général, parfois à peine gros comme une noisette, leur cavité ne peut contenir qu'une petite quantité de liquide, d'où nécessité grande de ne pas laisser sortir les quelques gouttes de solution qu'on y a à grand'peine introduites. Tel est alors le procédé que nous avons employé.

L'aiguille de la seringue de Pravaz, introduite dans la poche sans aucune aspiration, est laissée à demeure dans la cavité; elle servira après l'évacuation à faire l'injection d'éther. A une autre extrémité de la tumeur, on fait une ponction avec l'aiguille N° 3 de l'appareil de Dieulafoy, on vide l'abcès par cette aiguille, et, après avoir retiré le trocart, on fait soigneusement l'occlusion avec la baudruche et le collodion. Pour injecter la cavité, il suffira de pousser, par l'aiguille de la seringue de Pravaz laissée à demeure, une ou deux seringues de la solution éthérée. La piqûre de l'aiguille est suffisamment petite pour ne pas permettre au gaz injecté de sortir de la poche. La précaution d'enfoncer l'aiguille de la seringue de Pravaz avant de faire l'aspiration permet d'être sûr qu'on est bien dans la cavité qu'il eût été difficile de retrouver après l'aspiration.

Après l'injection, le ganglion se distend et son voisinage se tuméfie; une douleur cuisante, vive, se manifeste et dure plus ou moins longtemps, suivant les malades.

La tumeur insufflée le premier et le deuxième jour par la vapeur d'éther, reste encore légèrement sensible à la pression; les jours suivants, l'éther se résorbe et le ganglion diminue. Quelquefois, le second ou le troisième jour, il y a un écoulement purulent se tarissant très vite. Chez la ma-

lade déjà citée, M. Verchère a vu le ganglion suppuré prendre peu à peu une consistance plus dure, la fluctuation disparaître progressivement et le volume se réduire, un mois et demi après, à celui d'une petite noisette ; les ganglions durs furent réinjectés à trois reprises en deux mois ; après ce délai, on les retrouvait encore à l'état de petits grains mobiles, indolents, complètement disparus le mois suivant. Nous avons vu employer cette méthode dans le service de M. le professeur agrégé Forgue, en répétant les injections tous les 8 ou 15 jours : à chaque séance, il se contentait généralement d'une demi seringue de Pravaz ; et, au bout d'un mois à un mois et demi, nous avons vu chez plusieurs malades la tumeur disparaître, chez les autres, diminuer notablement. M. Forgue a retiré les mêmes bons effets des injections d'éther iodoformé, dans deux cas d'adénite tuberculeuse inguinale : chez un soldat atteint de tuberculose axillaire, l'injection d'éther iodoformé a paru déterminer la suppuration ganglionnaire ; en 18 jours, cet abcès était guéri et le malade sortait de l'hôpital. M. Forgue a pu constater, dans le service de M. Verneuil, que la compression était un utile auxiliaire thérapeutique dans le traitement des masses adéniques de l'aine et de l'aisselle. Il est facile de comprendre que la compression ne peut être appliquée aux ganglions du cou à cause des accidents de suffocation qui pourraient se manifester.

Quand le ramollissement et la fonte caséeuse ont ouvert à la peau un orifice fistuleux, aux bords bleuis et décollés, au suintement séro-grumeleux, les injections éthéro-iodoformées perdent de leur commodité opératoire et de leur valeur thérapeutique. On peut bien encore, en bouchant au doigt, après l'injection, l'ouverture fistuleuse, permettre à l'éther d'aller porter dans tous les diverticules et clapiers périadéniques une couche de poussière iodoformée, sublimée ; mais l'iodo-

formisation des parois caséeuses n'est jamais complète, et, souvent, on la verra échouer. On a, en pareil cas, la ressource précieuse des longs et souples bâtonnets d'iodoforme qu'on peut loger et pousser dans tous les trajets fistuleux et fongueux.

Il est manifeste que s'il s'agit d'une de ces adénites caséeuses aiguës, galopantes, où les glandes s'enchâssent vite dans un gâteau de tissu cellulaire enflammé, où le processus tuberculeux exacerbé aboutit rapidement à la formation d'un adéno-phlegmon, on incisera largement cet abcès, on évacuera le pus mal lié et grumeleux qui l'emplit: quelques coups de cuiller tranchante achèveront d'évacuer la masse ganglionaire caséifiée; une torréfaction rapide au thermo détruira les dépôts pariétaux de la coque.

Les quelques observations suivantes, prises dans le service de M. Forgue, nous montrent les bons résultats obtenus par les injections d'éther iodoformé; nous citerons encore à l'appui les cinq observations de M. Verchère dans les études sur la tuberculose de Verneuil; quelques observations du même rapportées dans la *Revue de Chirurgie de 1886;* deux observations de Thorel (thèse de Bordeaux); deux observations de Maschat (thèse de Paris).

CHAPITRE III

HISTORIQUE

L'extirpation n'était pas inconnue des médecins romains, et, au dire de Galien, l'extirpation des ganglions malades était en honneur chez ses contemporains (Galien. De loc. affect., lib. I). Sanctorius aboutit à cette conclusion : « *Ergo strumæ nunquàm sanabantur nisi evellantur.* »

« Il y a, déclarait A. Paré, une autre manière de guérir les écrouelles, qui est par la main du chirurgien lorsqu'elles sont au col et superficielles, faisant une incision afin de séparer les parties où elles sont attachées, puis tirées et coupées hors. »

Peu à peu, l'indifférence succède à l'enthousiasme, particularité qu'on retrouve à maintes reprises dans l'histoire de ce mode de traitement. Les chirurgiens deviennent de plus en plus timides ; ils repoussent l'extirpartion des ganglions non seulement comme inutile, mais encore comme dangereuse.

En 1774, paraissait dans le journal de Dehorme (*Journ. de médec. militaire* 1774, t. III) un travail peu connu sur l'extirpation des tumeurs scrofuleuses du cou et autres, pratiquée avec succès sur les soldats envoyés par le roi à l'hôpital de la ville de Saint-Quentin, depuis 1772 jusqu'à 1783.

Cette pratique tombe en désuétude, et Dehorme « comprend la parfaite inutilité de l'opération, et, si on la pratiquait, la nécessité qui résulterait du refoulement du virus vers les

parties conservées, surtout celles qui en seraient déjà infectées, ce qui, loin de remédier au vice interne le plus intéressant à détruire, ne ferait que l'augmenter encore au préjudice du malade.»

Dès 1832, Bégin, dans ses leçons cliniques, exposait les principes de chirurgie applicables au traitement des tumeurs ganglionnaires. Baudens, Sédillot, H. Larrey recommandent et pratiquent l'extirpation.

Maurice Perrin (*Union médicale* 1860), M. Martin (1864), publient des cas d'extirpation, et, à ce sujet, M. Forgue fait remarquer que l'extirpation a toujours eu la faveur des chirurgiens militaires. En chirurgie civile, ajoute-t-il, il fallut le renouveau opératoire de l'ère actuelle pour la faire rentrer dans le courant chirurgical : la sécurité antiseptique aidant, l'influence des doctrines nouvelles démontrant la qualité tuberculeuse de l'ex-adénite strumeuse, et comportant l'ablation précoce du foyer bacillaire, le mode thérapeutique aussi s'en mêlant, on s'est mis à extirper ou à gratter bien des ganglions, sur bien de cous de scrofuleux. Et d'outre-Vosges, à plusieurs siècles de distance, nous arrive une formule aussi intransigeante que celle de Sanctorius, mais plus humouristique. Ce n'est point avec le fer en pilules ou en potions, dit Hueter (1), que l'on doit traiter l'adénite tuberculeuse, mais bien avec le fer, sous forme affilée et tranchante, et à l'état de bistouri bien coupant; nous allons résumer les idées de M. Poulet à ce sujet.

D'après Poulet (2), il n'y aurait que trois façons de comprendre l'existence de cette maladie :

1° Un vice de sang qui se localise dans les ganglions;

(1) Hueter, Algemeine und specielle chirurgie.

(2) Poulet. Du traitement de l'adénite cervicale tuberculeuse des soldats par l'extirpation et le grattage (*Arch. de méd. et de pharm. milit.* 1884).

l'adénite n'étant qu'une manifestation locale d'un vice général, la diathèse persiste ; aussi, les anciens avaient imaginé des traitements généraux que M. Poulet rejette absolument.

2° Une affection née sur place dans le ganglion lui-même, soit sous l'influence du froid, soit pour les militaires par la constriction du cou par le col, soit par les trous des guérites placés à hauteur de la tête; mais le col n'existe plus, les guérites ont un guichet mobile; et, pourtant, l'adénite des soldats persiste. Dans ce cas, M. Poulet dit qu'on doit employer l'extirpation.

3° Une irritation périphérique propagée par voie lymphatique jusqu'à la première barrière et se transmettant aux ganglions voisins. L'adénite, ainsi comprise, devient une maladie locale, indépendante de la constitution, d'une affection générale. A toutes les périodes de son évolution, le premier ganglion est déjà tuberculeux; tous les autres qui se prennent ensuite, et qui ne sont que des colonies émanées de la première, présentent les mêmes caractères qu'elles; d'où, extirpation.

Il y a un parasite, ajoute Poulet, qui n'infecte pas primitivement le sang, qui forme des colonies uniques ou multiples. Ces foyers n'intéressent que partiellement l'économie, et, en les supprimant: 1° on abrège la durée de la guérison naturelle en admettant qu'elle se fosse ; 2° on fait disparaître un danger permanent d'infection ; 3° dans le cas où il existe d'autres manifestations localisées de la tuberculose, et même la phtisie pulmonaire, il y a tout avantage à détruire un foyer qui contribue à l'épuisement du malade.

Dans les premières périodes de la maladie, l'extirpation sera seule possible; il n'y a qu'un ou deux ganglions qui roulent sous le doigt. Après avoir incisé la peau et l'aponévrose, il suffit de les saisir avec une pince de Museux, à point d'arrêt, de les attirer au dehors, de les énucléer avec

une sonde cannelée, une spatule ou des ciseaux, en suivant la coque de l'organe. Le pédicule vasculaire saisi avec une pince hémostatique, on coupe les dernières attaches.

Quand les ganglions sont caséeux, ramollis, suppurés, qu'ils soient ou non ouverts à l'extérieur, faut-il encore, suivant le conseil de Larrey, pratiquer l'extirpation? M. Poulet l'a tentée plusieurs fois et il dit n'avoir eu qu'à se louer de son initiative.

Cependant cette intervention de l'extirpation dans les cas d'adénites suppurées présente des inconvénients: la sonde cannelée ne suffit plus pour extirper les coques adhérentes; il faut sectionner constamment; le sang coule, et, par suite, l'opération devient difficile; de plus, les ganglions se crèvent, vident leur contenu dans la plaie, si bien qu'après l'extirpation, il ne reste dans les mors de la pince que des lambeaux de poches kystiques.

Aussi, pour éviter tous ces inconvénients, M. Poulet s'adresse-t-il au râclage et au curage avec la curette tranchante de Volkmann. Au lieu de chercher à extirper la coque du ganglion, on se sert de l'abri qu'elle offre pour vider le ganglion et ruginer la paroi.

Dans notre première observation, M. Forgue a aussi traité un ganglion ramolli par le curage avec la cuiller tranchante de Volkmann, tandis qu'il traitait les ganglions encore durs par les injections d'éther iodoformé; il n'a eu qu'à se louer de ce double traitement.

Pour M. Desprès, l'ablation des différentes espèces de tumeurs ganglionnaires est une mauvaise opération; il est d'avis de proscrire les opérations de ce genre.

M. Verneuil dit que ce genre d'opération doit être très restreint.« Je m'abstiens surtout de faire l'ablation des ganglions carotidiens, parce qu'ils sont ordinairement très nombreux et disposés le long de la gaîne des gros vaisseaux.

»Je m'élève énergiquement contre ces grandes opérations radicales... Je n'ai pas grande confiance non plus dans le râclage..»

M. Richelot s'associe d'une manière générale à l'opinion de MM. Verneuil et Desprès: «Il faut d'abord essayer le traitement général, dit-il.»

M. Trélat emploie le traitement général lorsque les ganglions sont ramollis, suppurés, et l'ablation, les injections ou le râclage, lorsque l'adénite n'a pas de réaction inflammatoire est limitée et accessible.

M. Poulet lui-même, dans une communication faite à la Société de chirurgie sur un cas de mort à la suite de l'extirpation des ganglions tuberculeux du cou, dit: «Malgré la sécurité relative que donnent les perfectionnements de la méthode antiseptique, il n'en faut pas moins considérer ces opérations comme sérieuses.» Il ajoute que les paroles de H. Larrey «l'extirpation des tumeurs ganglionnaires du cou donne lieu à un succès constant», ne sont plus exactes.

Et M. Chauvel, chargé de faire un rapport sur le cas de M. Poulet, s'exprime ainsi: «Le fait seul qu'il nous a communiqué suffirait pour démontrer, contrairement à l'opinion émise par H. Larrey, que l'extirpation des ganglions tuberculeux du cou n'est pas une opération inoffensive. Mais, malheureusement, ce fait n'est pas unique dans la science. Au début de ma carrière, je n'ai que fort rarement assisté à de semblables opérations. Mes maîtres Legouest, Maurice Perrier, Gaujot, Paulet, étaient fort peu partisans de ces interventions opératoires, et ce que j'en ai vu, aussi bien que mes quelques tentatives personnelles, m'a très vite détourné de cette manière de faire. Je pense que l'hygiène et le traitement général ont, sur la marche de ces lésions, sur leur terminaison, une influence bien plus considérable que certains ne veulent l'admettre aujourd'hui».

C'est dans la littérature allemande que M. Forgue a trouvé les plus sérieuses statistiques sur ce point de thérapeutique chirurgicale. Il a relevé et colligé les deux statistiques de Riedel; celle de Kapesser; les chiffres de Krisch, qui, dans sa thèse inaugurale, nous donnent les résultats de la clinique de Fischer; ceux de Frœnkel, qui nous fournissent les statistiques de Billroth; les tableaux de Bajohr, qui expriment les observations du service de Maas à Würzbourg, de juillet 1878 à la fin de juin 1885; enfin, ceux de Schnell, qui relatent les résultats du professeur Trendelenburg, à Bonn, et ceux de Grüenfeld, relatifs à 158 malades opérés par Gussenbauër. M. Forgue a constitué ainsi une table statistique allemande, de comptabilité clinique correcte et composée d'observations antiseptiques bien triées.

(Suit le tableau)

OBSERVATEURS et sources bibliographiques	NOMBRE des cas	SUCCÈS	POUR 100	INSUCCÈS et récidives	POUR 100	MORTS	POUR 100
RIEDEL, 1re statistique. (*Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie*, Bd. XV, S. 66)	13	5 *cas.* (extirpat. de 1875 à 1876; malade⁸ suiv. jusq. 1881)	39	6	46	3	23
RIEDEL, 2e statistique. (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, Liefer. XXXVI, S. 104.....	17	10 *cas* (guéris⁸ constatées de 3 à 6 ans)	59	6	35	3	18
KRISCH. (*Beitrag zur Statistik der operat der Lymphomata Colli*, Dissert. inaug., Breslau 1883).....	92	32 cas	35	44	48	16	17
FRŒNKEL. (Zurhistologie und therapie der Lymphomata Colli, *Prager Zeitschr. f. Heilk*, 2 et 3 Heft., 1885).....	128	6 cas	24	?	?	Morts de tuberculose pulmonaire	10
BAJOHR. Dissertat. inaug. de Wurzbürg. 1885.....	30	11 cas	42	19 insuccès	57.9	Dont 1 mort quelques mois après	3.3
SCHNELL. (Uber Erfolge von Extirpationen tuberculôser Lymphoma, *Bonn* 1885).	37	23 cas	62	10 cas	27	4 cas	11
GRÜENFELD. (*Prager Zeitschrift f. Heilk.*, VIII, 1885, p. 191).	150 Dont 58 seulem⁰ⁿ⁵ été suivis.	41 cas	70.6	9	15.1	8	13.5

« A ne considérer que ces chiffres en bloc, dit M. Forgue, le résultat thérapeutique semble déjà médiocre ; mais ils gagnent encore de valeur documentaire à être détaillés. C'est ainsi que Schnell, qui nous fournit un très satisfaisant pourcentage de succès, accepte trop aisément comme tels des résultats trop critiquables ; d'abord, deux de ces succès ont

eu une récidive et une réopération; ce qui réduit déjà à 57 p. 100 la moyenne; puis, parmi les 21 restants, 1 malade, (N° 9) qui avait déjà eu une hémoptysie antérieure, paraît sérieusement atteint au point de vue pulmonaire; un autre (N° 20) a eu le récurrent gauche coupé pendant l'opération, il est enroué, dyspnéique. Les chiffres de succès de Fischer (35 p. 100), de Billroth (24 p. 100), c'est-à-dire des praticiens rompus aux interventions chez les tuberculeux, experts en chirurgie cervicale, sont, en vérité, une moyenne peu encourageante.» (1)

Et les récidives? Voilà des chiffres dont la critique analytique inspire une médiocre confiance opératoire; « qu'on parcoure la liste des incomplets résultats (quel euphémisme allemand!) dressée par Bajohr (2); sur les 19 malades de Maas rangés dans cette catégorie, deux meurent rapidement de tuberculose, et non point un seulement, comme l'indique la colonne des décès; c'est une enfant de 5 ans (N° 4), atteinte en même temps d'ostéoarthrite du pied, qui succombe, avec de la récidive ganglionnaire, à la phtisie pulmonaire; c'est une jeune fille de 19 ans qui sort en octobre guérie d'une adénite axillaire, et qui, en novembre, meurt de tuberculose générale. Le malade N° 3 est affaibli et s'émacie; le N° 10 garde des fistules persistantes et a de l'arthrite fongueuse chronique du genou; ce sont deux malheureux poitrinaires, toussant et souffrant, que les deux opérés N^os^ 15 et 16. Les 10 malades de Trendelenburg, catalogués au tableau « récidives», se portent généralement mieux que les opérés de Maas; n'empêche que deux (N° 31 et 32) ont vu leur état général empirer après l'opération.»

(1) Forgue, *loc. cit.*
(2) Forgue, *loc. cit.*

Voici, d'autre part, le détail des 44 opérés de Fischer notés comme incomplètement guéris :

Guérison incomplète 44 cas = 48 %

a. Récidive survenue dans 22 cas = 24 %	α. Récidive passagère... (*id.* est réopérée et guérie).	5	= 5 1/2 %
	β. Récidive persistante	17	= 18 1/2 %
b. Sans récidive mais avec troubles généraux, 22 cas = 24 %	γ. Sans symptômes nets de phtisie.....	18	= 19 1/2 %
	δ. Avec phtisie.....	4	= 4 2/3 %

Et encore beaucoup des opérés rangés au groupe γ ont des douleurs thoraciques, s'affaiblissent, toussent, maigrissent; l'un même a eu une méningite bacillaire.

Quant à la mortalité, il faut distinguer les décès dont l'acte opératoire est responsable, et les morts par continuation de l'affection tuberculeuse ou production de l'infection tuberculeuse générale. C'est ainsi que le chiffre de léthalité de Riedel est très chargé; mais, de ses 3 morts, l'un meurt de septicémie post-opératoire, et deux succombent à la phtisie: 12 p. 100 est la moyenne de léthalité par tuberculose. Cela se rapproche ainsi du chiffre de Schnell (II p. 100), dont les 4 morts sont survenues par tuberculose, en général, à près d'un an de distance de l'intervention: de la moyenne indiquée par Frœnkel (10 p. 100), qui ne compte que les décès par tuberculose, de celle aussi à laquelle on arrive après correction des chiffres de Krisch, ce dernier compte 16 morts (soit 17 p. 100 de mortalité); mais 3 ont succombé à l'opération ou à ses suites (3 1/4 p. 100); reste donc une mortalité moyenne de 14 p. 100 par tuberculose. La colonne mortuaire de Bajohr est moins sombre; en comptant deux décès, cela fait une moyenne de léthalité de 6,6 p. 100; mais, comme nous l'avons vu, beaucoup de ses opérés à récidive sont en mauvais état; ce sont des tuberculeux qui n'iront pas loin.

L'âge apporte-t-il une modification dans le pronostic opératoire? Krisch a établi un tableau statistique; à ce propos, nous lui juxtaposerons les chiffres de Schnell:

AGE	KRISCH			SCHNELL		
	Succès complets p. 100	Succès défectueux p. 100	Excédent pour 100 des succès et des insuccès (1).	Bons résultats	Défectueux	Morts
de 1 à 5 ans	25	62 1/2	= — 37 1/2	1	2	»
de 6 à 10 ans	32	63 1/2	= — 31 1/2			
de 11 à 15 ans	47	53	= — 6	7	2	»
de 16 à 20 ans	30	68	= — 38	7	2	2
de 21 à 25 ans	50	49 1/2	= + 1/2	3	1	1
de 26 à 30 ans	20	80	= — 60	1	2	1
de 30 à 40 ans	»	»	»	1	»	»
de 50 à 80 ans	»	»	»	1	1	»
(1) + indique l'excédent des succès — celui des insuccès						

«Comme on peut l'apprécier, cette détermination statistique ne comporte qu'un médiocre enseignement; la clinique, mieux que les chiffres, nous apprend, en l'espèce, que les tuberculoses ganglionnaires des jeunes sont plus curables par le traitement général que les paquets adéniques caséeux des adultes, et que mieux vaut jusqu'à quinze ans préférer l'huile de foie de morue ou l'iodure au bistouri». (1).

L'extirpation peut-elle donner un coup de fouet à la tuberculose? On a répondu affirmativement pour la tuberculose locale du testicule; on pourrait en dire autant de l'adénite. Mais tout dépend de la façon dont on comprend la tuberculose. Si l'adénite est une manifestation locale de la diathèse, on ne guérira pas la maladie générale en enlevant le

(1) Forgue, *loc. cit.*

ganglion. Mais s'il s'agit d'un germe extérieur localisé dans un groupe de ganglions et s'y développant, on comprend que l'extirpation totale puisse enrayer les progrès du mal.

Le curage avec l'instrument de Volkmann n'enlève pas tout le mal qui est à sa portée. Il laisse forcément des germes. Il est dangereux au cou par les blessures immédiates possibles d'organes délicats, au voisinage desquels le chirurgien gratte sans bien voir. C'est un excellent moyen de disperser les parasites et de multiplier les cultures. La curette n'est pas plus maniable ni plus agile que le bistouri.

CHAPITRE IV

«Les statistiques apportées par M. Cazin à la Société de chirurgie sont plus satisfaisantes que les chiffres des services allemands, dit M. Forgue. Cela tient à ce que M. Cazin dispose d'un merveilleux auxiliaire qui achève et complète ce que le bistouri et la curette ont commencé: c'est la cure par le milieu marin.

»En vérité, quand on sait, comme nous l'apprécions maintenant, quelle est la valeur thérapeutique complémentaire du traitement post-opératoire des tuberculeux, est-il étonnant que les moyennes de guérison soient aussi différentes d'un hôpital baigné en plein air marin, aux salles où nos scrofuleux à ganglions caséeux vivent dans un milieu confiné et souillé? Aussi, M. Cazin nous apporte un total très encourageant: sur 335 enfants, il a pratiqué 102 ablations de ganglions, avec une moyenne de guérisons de 83,34 p. 100 mais que ce chiffre, inconnu de nos services hospitaliers, ne vaille point à l'intervention sanglante un excès d'honneur. Les non opérés ont donné pour la même période une somme de 68,77 p. 100, et le traitement opératoire ne peut réclamer, pour sa part de cures, que 14,56 p. 100. Ce n'est point assurément une quantité négligeable; mais cela mesure la juste valeur de chaque élément du traitement.

»M. Cazin n'a eu que 2 décès opératoires ; cela prouve en faveur de sa technique et de son antisepsie; il a excédé de beaucoup les chiffres de guérison des statistiques hospitalières communes; c'est la meilleure démonstration de l'utilité des

sanatoria marins et de l'efficacité du traitement général des tuberculeux opérés.»

«Ma conviction, mon expérience, dit M. Cazin, m'ont convaincu que le traitement par l'ablation des ganglions ulcérés gagne en sécurité et en rapidité. Mais ma conviction morale ne suffit pas; il faut des preuves numériques; or, je les trouve dans le tableau suivant, où se classent les résultats comparatifs obtenus dans un milieu identique, pendant une période où l'on se contentait du traitement classique et, d'autre part, pendant la période de 1879 à 1883, époque durant laquelle j'ai pratiqué des extirpations de ganglions.»

(*Suit le tableau*)

Relevé des engorgements ganglionnaires soignés à Berk de 1869 à 1883

PÉRIODE	Nombre de cas	GUÉRIS		AMÉLIORÉS		RÉCLAMÉS		NON GUÉRIS		MORTS		DURÉE moyenne du séjour
		Nombre	Proportion p. 100	Nombre	Proportion p. 100	Nombre	Proportion p. 100	Nombre	Proportion p. 100	Nombre	Proportion p. 100	
De juillet 1869 à fin 1878.....	1.147	878	76.55	42	3.66	153	13.34	19	1.66	55	4.79	376 jours.
De janvier 1879 à fin 1882.....	335	240	71.64	3	0.90	77	22.88	2	0 60	13	3.88	225 jours.
	1.482											

En tenant compte des enfants réclamés qui, s'ils étaient restés, auraient grossi le chiffre des guérisons, M. Cazin accepte un nombre *à peu près égal* de guérisons pour les deux périodes. Acceptons-les aussi ; mais où est la supériorité de la période opératoire ? Cazin répond : 1° *nombre minime des non guéris* qui, de 1,66 p. 100, tombe à 0,60 ; 2° *diminution des morts* qui, de 4,87, descend à 3,88 ; c'est un gain, nous le reconnaissons, mais c'est médiocre ; 3° *durée de séjour s'abaissant* de 375 jours à 225, ajoute M. Cazin ; mais il reconnaît lui-même que le nombre des enfants réclamés (presque guéris, admettons-le) est plus considérable à la seconde période ; voilà qui explique *partiellement* cette réduction de séjour. Au point de vue des décès, continue M. Cazin, le tableau suivant est on ne peut plus démonstratif des avantages de l'ablation :

CAUSES DES DÉCÈS	DE JUILLET 1869 A FIN DE 1878 1117 cas.		DE JANVIER 1879 A FIN DE 1882 335 cas.	
	Nombre	Proportion p. 100	Nombre	Proportion p. 100
1° Phtisie pulmonaire, Granulie, Tuberculose généralisée.....	12	1.05	3	0.90
2° Méningite et tuberculose cérébrale	9	0.78	1	0.30
3° Albuminurie.....	9	0.78	»	»
4° Ganglions bronchiques.....	4	0.35	1	0.30
5° Carreau et péritonite tuberculeuse.....	3	0.26	»	»
6° Septicémie.....	»	»	1	0.30
7° Hémorrhagie.....	»	»	1	0.30
8° Autres causes accidentelles (variole, scarlatine, rougeole, croup, bronchopneumonie, etc)	18	1.57	6	1.79

Nous y voyons surtout que les décès par albuminurie, c'est-à-dire ceux des malades à suppuration pérenne, à reins amyloïdes ont disparu; c'est un bon point pour la méthode opératoire, qui a l'avantage de supprimer du coup les foyers purulents.

Les décès par méningite, tubercules cérébraux et ganglions bronchiques se sont aussi raréfiés; c'est une bonne réponse à ceux qui redoutent trop les généralisations tuberculeuses post-opératoires. Mais, en somme, de cette statistique peut-on conclure avec M. Cazin :« L'ablation des ganglions tuberculeux est exempte de dangers, si on prend les précautions indiquées ; elle donne de plus beaux résultats que l'expectation ; elle laisse après elle des cicatrices moins hideuses, et peut-être diminue-t-elle les chances de tuberculisation générale. »

Nous passons aisément condamnation sur les deux derniers points, bien qu'il y ait des faits bien observés de généralisation post-opératoire, après extirpations et grattages ganglionnaires, bien qu'au point de vue esthétique, les injections d'éther iodoformé laissent des cous plus présentables que ceux où le bistouri et la curette ont laissé leurs coutures cicatricielles.

Trendelenburg, dans un cas, n'a-t-il pas dû entailler son malade de sept incisions opératoires? quand il faut entièrerement disséquer le sterno-mastoïdien, cela laisse des traces.

CHAPITRE V

La valeur comparée des résultats de l'ablation avec ceux de l'expectation est le pivot de la discussion.

Nous avons fourni, d'après M. Forgue, les statistiques pessimistes des allemands : celles de M. Cazin sont incomparablement favorables, mais la médication générale garde encore la plus grosse part du mérite du traitement chirurgical. Quant à l'innocuité opératoire, voilà un point faible de la méthode sanglante.

Assurément, il est facile d'énucléer un ganglion libre, mobile, ferme. Mais, si l'on s'attaque à ces masses ganglionnaires conglomérées, en paquet adhérent, immobiles dans une gangue de périadénite, il faut s'attendre aux plus dramatiques opérations. Nous avons vu M. Forgue opérer le malade qui fait l'objet de notre observation V ; le malade n'est pas resté moins d'une heure et demie sous le chloroforme ; la dissection des premiers ganglions, facile au commencement, est devenue de plus en plus difficile à mesure qu'ils étaient plus profonds ; et le 17e ganglion extirpé (de la grosseur d'un œuf de poule), ne l'a été qu'au moyen de la sonde cannelée et des doigts ; et lorsqu'on pense aux vaisseaux et nerfs si importants de cette région que le chirurgien, malgré toute sont habileté, peut rencontrer soit par suite d'un faux mouvement, soit par toute autre circonstance indépendante de sa volonté, on conçoit le péril auquel le malade se trouve exposé.

Aucun accident de cette nature n'est arrivé à M. Forgue;

mais nous pouvons citer des chirurgiens habiles à qui il est arrivé de déplorables accidents : Billroth a dû prendre la veine jugulaire interne entre deux ligatures et en réséquer un tronçon; cet éminent chirurgien déclare ces interventions le plus souvent très agressives (Sehringreifende). Dans un cas, Trendelenburg dut dénuder la jugulaire interne, de la base du crâne jusqu'à la clavicule ; dans un autre plus mouvementé encore, il commence par lier et réséquer la jugulaire externe, ouvre la jugulaire commune, perçoit l'entrée intraveineuse de l'air, peut lier la veine, blesse le canal thoracique, atteint le récurrent gauche; chez l'opéré N° 13, en même temps qu'il est obligé de lier et de réséquer la jugulaire interne, il blesse l'artère mammaire interne. Roux, déjà, avait perdu un opéré à la suite de l'extirpation d'une tumeur strumeuse du cou, par pénétration intraveineuse de l'air. M. Poulet a eu, chez son opéré, une phlébite de la jugulaire interne, une hémorrhagie secondaire, au vingtième jour, de la carotide primitive, et mort par septicémie et gangrène de l'hémisphère gauche du cerveau, le trente-sixième jour après l'opération. Et quand on n'a point ces désastres opératoires, ce sont souvent de laborieuses dissections : les ganglions ont contracté des adhérences solides avec les tissus ambiants ; ce n'est que péniblement et à petits coups qu'on les détache de leur gangue chroniquement enflammée ; leur arrachement donne lieu à des déchirures vasculaires : la friabilité des tissus rend l'hémostase difficile. Il faut beaucoup d'attention et de correction opératoire.

D'un autre côté, n'a-t-on pas à redouter le coup de fouet que l'opération donnera à la tuberculose ; n'en sera-t-il pas de même pour l'extirpation des adénites tuberculeuses que pour l'extirpation des testicules tuberculeux?

Quant à la curette, si précieuse lorsque le ganglion est superficiel et la coque résistante, elle risque de propager la

tuberculose à côté, en même temps qu'elle peut blesser quelque nerf ou quelque gros tronc vasculaire que l'on ne peut voir.

Donc, il faut, en l'espèce, se garder des formules thérapeutiques trop exclusives. Après avoir trop médicamenté les ganglions strumeux, on les a trop extirpés. Il faut choisir ses cas. Ce n'est qu'après essai infructueux de la médication générale qu'on déclarera une adénite tuberculeuse opérable.

Observation I.

(Personnelle. — Prise dans le service de M. Forgue).

R. A., né à Orange (Vaucluse), 18 ans, entre à l'hôpital le 10 mai, salle St-Éloi, 31, avec une adénite tuberculeuse du côté droit du cou, de la grosseur d'une noix, la peau est rouge, non ulcérée, le ganglion est un peu ramolli. Au toucher, on sent 1 ou 2 ganglions du volume d'une noix; 3 ou 4 de plus petits se trouvent au-dessous, le long du sterno-mastoïdien.

Nous ne trouvons aucun signe de tuberculose ni dans les poumons ni sur aucune autre partie du corps. Le malade est soumis au traitement général, et le 14, M. Forgue enlève le ganglion le plus gros avec la curette de Volkmann (1). Un autre ganglion assez gros se trouvant au-dessous est traité par une injection de 1 gr. d'éther iodoformé à 10 p. 100, avec la seringue de Pravaz.

Le 15 et jours suivants, le malade a très peu souffert et n'a pas de fièvre.

Le 21, on fait une autre injection dans ce même ganglion et dans les deux ou trois autres plus petits; le 28, même injection.

Le malade sort le 31; il n'y a plus trace du ganglion sur lequel on a pratiqué la râclage; quant à ceux traités par l'injection éthéro-iodoformée, ils sont à peine sensibles au toucher.

Les ganglions examinés dans le laboratoire de M. Kiener, on n'y a pas trouvé de bacilles.

(1) M. Forgue se sert de la curette de Volkmann pour pratiquer le râclage de la poche, le ganglion étant ramolli et caséeux.

Observation II.

(Personnelle. — Prise dans le service de M. Forgue).

C..., soldat au 122me de ligne, né à Cahuzac (Gers), 22 ans, entre à l'hôpital le 15 mars, salle Lallemand, N° 2.

Il y a deux ans, il a commencé à avoir du côté gauche du cou une tumeur de la grosseur d'une noix; depuis lors, elle a augmenté et est aujourd'hui de la grosseur d'un œuf de poule, siégeant le long du sterno-mastoïdien, à l'angle du maxillaire inférieur.

Le malade a toutes les apparences de bonne santé et n'a rien au point de vue des antécédents héréditaires ni personnels.

Le 1er avril, M. Forgue fait une injection de 1 gr. d'éther iodoformé à 10 p. 100, avec la seringue de Pravaz. Cette injection est suivie d'un ramollissement de la tumeur, la peau rougit; il y a écoulements de séro-pus. Les jours suivants, on constate une diminution.

Le 15 avril, une autre injection; une autre le 1er, le 15 et le 22 mai.

Dans les jours qui suivent chaque injection, nous constatons une diminution du ganglion.

Le 27 mai, le malade sort; à peine perçoit-on, au toucher, une petite masse indurée de la grosseur d'un pois.

Observation III.

(Personnelle. — Prise dans le service de M. Forgue).

X., soldat au 2me génie, entre à l'hôpital, salle Lallemand, N° 6, avec de nombreux ganglions tuméfiés, depuis le lobule de l'oreille jusqu'au creux sus-claviculaire ; l'adénite a commencé il y a environ un an, a grossi progressivement et est aujourd'hui aplatie, de la grosseur du poing ; toute la région est empâtée; les ganglions sont adhérents entre eux et à la peau ; le malade présente toutes les apparences d'une santé robuste. Il a été traité antérieurement par un séton qui n'a produit aucun effet.

Le 15 mai, M. Forgue fait une injection avec la seringue de Pravaz de 1 gr. d'éther iodoformé; le 22 et le 29 mai, on en fait une autre.

Nous n'avons pas constaté, après les injections, de gonflement, ni d'inflammation, ni de suppuration; mais, progressivement, les ganglions se sont rétractés, sont devenus plus durs et, lorsque le malade est sorti, à peine sent-on quelques points très durs de la grosseur d'un pois-chiche.

Observation IV.

(Personnelle. — Prise dans le service de M. Forgue).

X., soldat au 2me génie, salle Lallemand, N° 29, entre à l'hôpital avec un ganglion ramolli partiellement, de la grosseur d'un œuf de poule, au pli de l'aine du côté droit. La

maladie a débuté il y 10 mois et le ganglion a grossi graduellement. Apparence de bonne santé.

Le 10 mai, on lui fait une injection de 1 gr. d'éther iodoformé à 5 p. 100.

Le 12, une autre injection ; le ganglion s'enflamme; la peau rougit et il y a un écoulement séro-purulent.

Le 14, nous constatons une diminution notable.

Le 21, une autre injection, de nouveau inflammation, écoulement purulent et diminution de volume du ganglion.

Le 25, le malade sort ; tout à peine peut-on constater une grosseur indurée du volnme d'un pois-chiche.

Observation V.

(Personnelle. — Prise dans le service de M. Forgue).

Marius P..., 16 ans, coiffeur, né à Narbonne, entre à l'hôpital le 3 mai, salle St-Éloi, N° 31.

Le malade n'a ni antécédents héréditaires ni personnels ; bien conformé, on ne trouve chez lui aucun signe de tuberculose ni dans les poumons, ni aux parties génito-rectales.

Il présente une tumeur mollasse, du volume des deux poings à la région parotidienne, le long de l'angle du maxillaire inférieur; toute la région cervicale est très développée, empâtée; on a, au toucher, la sensation de plusieurs ganglions durs, adhérents les uns aux autres; la peau n'est pas ulcérée.

Des pointes de feu ont été appliquées auparavant à ce malade, on en voit encore les traces ; mais aucune amélioration ne s'en est suivie.

Le début de cette adénite remonte à quelques mois ; mais

ce n'est que depuis 2 mois environ qu'elle a pris ce grand développement.

M. Forgue propose l'extirpation, qui, acceptée par le malade, est faite le 8 mai.

Il fait une incision de 8 à 9 centimètres le long du sterno-mastoïdien. La dissection et la dénudation des ganglions ne durent pas moins d'une heure et demie; l'opérateur sort 17 ganglions de différentes grosseurs ; le plus gros est comme un œuf de poule; malgré la grande difficulté qu'il y a d'énucléer ces ganglions, dont quelques-uns très profonds, tous les vaisseaux et nerfs de cette région sont respectés. La gaîne carotidienne est mise à nu sur une longueur de 5 à 6 centimètres, on voit battre les vaisseaux; on peut voir aussi, au fond de la plaie, le nerf grand hypoglosse.

Toutes les précautions antiseptiques sont prises minutieusement par l'opérateur et ses aides. On tamponne à la gaze iodoformée, dont un bout émerge par le point le plus déclive de l'incision cutanée.

8 mai. Soir, temp. 37°6.
9 mai. Matin, — 37°5.
— Soir — 37°6.
10 mai. Matin — 37°4.

En un mot, pas de fièvre, pas d'agitation, et le malade n'a pas souffert du tout.

Nous faisons examiner les ganglions dans le laboratoire de M. Kiener, il n'y a pas de bacilles.

Le 20 mai, on défait le pansement pour la première fois, on enlève les points de suture, la cicatrisation marche superbement. Au commencement de juin, le malade sort complètement guéri, ne gardant de son affection que la cicatrice cutanée.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES DE VERCHÈRE

(*In* Etudes sur la tuberculose de Verneuil)

Observation I.— X... Adèle, 22 ans. Adénopathie cervicale polyganglionnaire, 3 ganglions distincts, gros chacun comme une pomme d'api. Ces adénites remontent à 2 ans.

10 mars. Injection de 10 à 15 gr. d'éther iodoformé à 10 p. 100.

14 mars. Injection dans le 2me ganglion.

20 mars. Injection dans le 3me ganglion.

Avril et mai. Trois autres injections.

En août, la déformation a complètement disparu. Traitement général : liqueur de Fowler, huile de foie de morue.

Janvier 1887, la guérison se maintient.

Observation II. — X..., 22 ans, présente l'aspect des strumeux. Adénite préauriculaire non suppurée. Ancienne adénite angulo-maxillaire, opérée autrefois par l'ablation. Récidive.

Avril 1886. Injection d'éther iodoformé.

15 jours après, autre injection.

En septembre, la tumeur avait complètement disparu.

En janvier 1887, la malade n'a plus aucune trace de son ancienne affection ; pas de cicatrice.

Observation III. — X..., 27 ans. Adénite sous-maxillaire volumineuse, monoganglionnaire. Neuf injections d'éther iodoformé, dont la première en mai. Peu de suppuration.

Traitement général.

En février 1887, il n'y a pas de cicatrice. On perçoit à peine la tumeur et elle présente une dureté ligneuse.

Observation IV. — A. K., 24 ans, couturière. Adénopathie suppurée du cou. Ponction de l'abcès et aspiration du pus.

Traitement général.

Une seule injection d'éther iodoformé le 5 mai. Malade revue en novembre, complètement guérie. Pas de cicatrice.

Observation V. — X..., 4 ans, type de scrofuleux. Scrofulides multiples du cuir chevelu avec abcès, fistules et ulcérations. Adénopathies cervicales non suppurées.

Traitement général.

Injections très nombreuses d'éther iodoformé. Guérison.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES DE VERCHÈRE

(*In Revue de chirurgie* 1886)

Observation XVIII. — X..., scrofuleux. Abcès froid sous-cutané sur les parties latérales du cou, du volume d'une petite pomme ; peau saine.

Décembre 1885. Ponction et injection de 10 gr. de solution iodoformée à 10 p. 100.

10 janvier. La tumeur a considérablement diminué, ponction et injection de 10 gr. de solution éthéro-iodoformée à 5 p. 100.

5 février. La tumeur a disparu. État général excellent.

Observation XX. — X..., 11 ans, porte du côté droit une tumeur du volume d'une pomme, s'étendant du tiers inférieur du cou jusqu'à la région sous-maxillaire.

11 septembre. Injection de 10 gr. d'éther iodoformé.

Revu le 15 octobre, il ne reste plus trace de l'abcès; la peau a repris son état normal; pas de cicatrice.

Observation XXII. — G..., 19 ans. Tumeur du volume du poing occupant la région sous-maxillaire et s'étendant à tout le triangle sus-claviculaire.

11 mai. Ponction et injection de 20 gr. d'éther iodoformé.

23 mai. Peau recollée; le malade sort absolument guéri.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES DE POULET

(*In* Traitement de l'adénite cervicale tuberculeuse des soldats par l'extirpation et le râclage).

Observation I. — Adénites cervicales tuberculeuses multiples; deux extirpations; guérison; inoculations positives; cobayes morts tuberculeux.

Observation II. — Adénite sous-maxillaire. Extirpation. Guérison en cinq jours; inoculations ont démontré la nature tuberculeuse de la tumeur.

Observation III. — Adénite cervicale double. Gommes tuberculeuses multiples des régions du cou et du sternum. Extirpation des ganglions carotidiens. Grattage des gommes cutanées. Guérison en quinze jours. Inoculations positives.

Observation IV. — Adénite cervicale sous-maxillaire. Extirpation. Guérison dix mois après. Pas de récidive.

Observation V. — Adénite sous-maxillaire. Extirpation. Guérison. Inoculations positives.

Observation VI. — Adénite cervicale droite. Extirpation. Guérison.

Observation VII. — Adénite tuberculeuse axillaire droite. Suppuration. Première extirpation. Récidive. Deuxième opération. Amélioration. Terminaison par fistule. Inoculations expérimentales positives.

Observation VIII. — Nous la résumons plus longuement à cause de l'intérêt qu'elle présente.

Un homme de 23 ans, robuste, atteint d'une adénite sous-maxillaire et carotidienne double qui date de quelques mois, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce, après l'essai infructueux des préparations iodées *intra* et *extra*. Il sort, légèrement amélioré, après douze injections interstitielles d'une solution phéniquée forte, mais rentre un mois plus tard, en juin 1883, son état s'étant aggravé dans le pénitencier où il est détenu.

L'extirpation des ganglions, indiquée par les progrès rapides de l'affection, les douleurs et la gêne respiratoire, est pratiquée le 22 juin 1883, non sans difficultés et après dénudation des troncs veineux et artériels recouverts par la tumeur. Pas de ligatures, lavage avec une solution de chlorure de zinc à 8 p. 100, drain, suture, pansement de Lister. L'inoculation à des cobayes montre qu'il s'agissait bien de masses tuberculeuses.

Les premiers jours se passent assez bien, et la plaie opératoire semble à peu près réunie; mais, dès le 29 juin, la fièvre augmente, la température monte à 39°; l'incision se rouvre à la partie inférieure et laisse écouler une sérosité abondante. Le 1er juillet, la température atteint 40°8, une

phlébite suppurée n'est plus douteuse, et l'issue, deux jours plus tard, d'un caillot rougeâtre, long de 6 à 8 centimètres et en partie suppuré, fait disparaître tous les doutes.

Cependant, sous l'influence des antiseptiques et des toniques, l'état s'améliore peu à peu et la confiance renaît un instant. Mais le 12 juillet, et fort heureusement pendant la visite du matin, éclate une hémorrhagie artérielle formidable qui nécessite la ligature des deux bouts de la carotide primitive dans la plaie. A peine arrêtée, l'écoulement sanguin reparaît aussi abondant, sous l'influence de la toux et du réveil de l'action du cœur. Il faut de nouveau placer deux liens, l'un sur le bout central, l'autre sur le bout périphérique du tronc carotidien, et enlever la portion intermédiaire de l'artère. Hémiplégie immédiate, incomplète.

Le 18 juillet, nouvelles hémorrhagies, arrêtées par la compression médiate; la fièvre continue, le blessé s'affaiblit rapidement. Pour mettre un terme à ces accidents, qui se renouvellent le 20 et 21 juillet, M. Poulet, ne doutant pas que le sang ne vienne du bout supérieur de la carotide, ce que confirme sa mise à découvert, pratique, mais non sans difficultés, la ligature des carotides interne et externe. Force lui est encore de jeter un fil sur la thyroïdienne supérieure. Le malade, toujours très affaibli, ne se relève pas; la fièvre persiste ainsi que l'hémiplégie, et la mort arrive le 28 juillet, 36 jours après l'extirpation des ganglions, 16 jours après la première hémorrhagie.

L'autopsie montre que les artères liées et les branches qu'elles émettent sont, pour la plupart, oblitérées dans une grande étendue; le nerf hypoglosse est détruit en partie; les veines thrombosées ou oblitérées; le lobe gauche du cerveau ramolli dans la partie irriguée par l'artère sylvienne.

On constate de plus des infarctus septicémiques dans le

poumon gauche et la coloration rouge-groseille du sang caractéritisque. La mort résulte donc d'une septico-pyohémie.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES DE LA THÈSE D'ÉCOT

(Paris 1886)

Observation I.— Adénites volumineuses de la région sterno-mastoïdienne gauche; opération le 6 mai; ablation des ganglions; six semaines après, cautérisation parfaite. Un an après, pas de récidive.

Observaion II.— Adénites préauriculaire et cervico-maxillaire gauche. Ablation. Guérison en 30 jours. Un an après, pas de récidive.

Observation III.— Adénites cervico-maxillaires droites. Extirpation. Guérison. Deux ans après, pas de récidive.

Observation IV.— Adénites parotidienne et sous-maxillaire gauches. Extirpation de 10 à 12 gros ganglions. Guérison.

Observation V.— Tumeur ganglionnaire volumineuse de la région mastoïdienne gauche, s'étendant du lobule de l'oreille à l'extrémité externe de la clavicule. Extirpation. Guérison. Quelque temps après, pas de récidive.

Observation VI.— Adénite cervicale; extirpation le 11 mai; le 30 juin, la région est encore un peu empâtée.

Observation VII.— Adénite tuberculeuse de la région ca-

rotidienne gauche; abrasion et curage. Guérison; 3 mois après, pas de récidive.

Observation VIII.— Adénite tuberculeuse de la région carotidienne. Extirpation et curage. Guérison.

Observation IX. — Tumeur ganglionnaire volumineuse de l'aisselle droite (300 gr.). Extirpation; guérison en 20 jours.

Observation X.— Extirpation de ganglions axillaires tuberculeux; guérison, disparition complète à l'autopsie (le malade ayant été, quelque temps après, condamné à la peine capitale).

Observation XI.— Masse ganglionnaire tuberculeuse de l'aine. Ablation, dénudation des vaisseaux fémoraux; guérison en 29 jours.

Observation XII.— Ganglions de l'aine tuberculeux et volumineux. Dénudation des vaisseaux fémoraux; suppuration de la plaie. Guérison.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES DE LA THÈSE DE TOREL

(Bordeaux, juin 1886)

Observation IV.— Abcès à la région sous-maxillaire, ponction suivie d'injection; eschare au point de ponction rapidement éliminée. Trajet fistuleux bientôt tari. Guérison complète en 15 jours.

Observation VII.— Abcès ganglionnaire au cou. Injection d'éther iodoformé. Eschare. Par l'ouverture, on enlève avec une pince le ganglion sphacélé, qui s'élimine en entier. Guérison 15 jours après.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES DE LA THÈSE DE MASCHAT

(Paris, novembre 1887)

Observation XV. — Jeanne Gaillard, 10 ans. Tumeur très volumineuse à la région axillaire droite, molle, fluctuante.

Le 28 avril. Ponction, injection de 60 gr. d'éther iodoformé.

Le 7 mai. Nouvelle ponction suivie d'injection d'éther iodoformé.

Le 15 juin. La malade est complètement guérie.

Observation XVI. — Thérèse Albert, 13 ans. Abcès froid, tuberculose du cou.

28 juillet. Ponction, injection d'éther iodoformé.

5 août *id.*

20 août *id.*

Le 15 septembre. La guérison est à peu près complète.

CONCLUSIONS.

1° Avant d'appliquer au traitement de l'adénite tuberculeuse tout traitement chirurgical, soit injection, soit extirpation ou râclage, on essayera le traitement général; et si le traitement général ne suffit pas et qu'on ait recours à un traitement chirurgical, on ne devra pas négliger en même temps le traitement général.

2° Si le malade peut subir une cure prolongée, si c'est une femme accessible à des considérants extra-chirurgicaux de coquetterie et d'esthétique, on essayera le traitement patient et méthodique des injections éthéro-iodoformées, qui ne laissera aucune cicatrice et n'exposera pas le malade aux graves accidents opératoires qui peuvent survenir pendant l'extirpation (Poulet, etc.)

3° On pourra avoir recours au râclage quand le ganglion sera ramolli, caséeux; mais on doit toujours craindre les inconvénients: d'abord de blesser les vaisseaux et nerfs que l'on ne peut voir, ensuite de disperser les bacilles.

4° On aura recours à l'extirpation quand il s'agira d'une région non apparente, d'un malade qui veut abréger la cure, d'un ganglion ou groupe ganglionnaire libre, mobile; quand on aura affaire à une peau ulcérée, des trajets fistuleux, de la suppuration qui affaiblit le malade; mais on aura toujours

à redouter les graves accidents opératoires qui sont arrivés à tant d'habiles opérateurs (Poulet, Roux, Trendelenburg).

5° Les considérants généraux d'indications et de contre-indications opératoires s'appliquent intégralement à ce groupe de tuberculeux (1).

(1) Nous empruntons quelques-unes de ces observations à l'article de M. Forgue, que nous avons mis souvent à contribution dans notre travail.

FIN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 6 juillet 1889.
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 6 juillet 1889.
Le Doyen,
CASTAN.

BIBLIOGRAPHIE.

FORGUE. — Traitement de l'adénite tuberculeuse (Gazette des hôpitaux).

VELPEAU. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Art. Adénite.

VERNEUIL. — Etudes sur la tuberculose, t. I, p. 317 (Art. de Verchère, d'un nouveau trait. des adénopathies tuberculeuses).

RECLUS. — Pathologie externe, t. I, p. 427.

RECLUS. — Gazette hebdomadaire 1885, p. 275.

KIENER et POULET. — Archives de physiologie 1883.

CORNIL et RANVIER. — Histologie pathologique, t. I, p. 640.

KIRMISSON. — Gazette hebdomadaire, février 1886.

DELORME. — Intervention chirurg. chez les tuberculeux, dans Archives de méd. militaire.

MABBOUX. — Contrib. à l'étude des conditions de l'intervention opératoire dans les manifestations locales de la tuberculose (Académie de médecine, séance du 11 février 1886).

MASCHAT. — Revue critique sur le traitement chirurgical de quelques manifestations externes de la tuberculose, th. de Paris.

MARTEL (Félix). — Ether iodoformé, chlorure de zinc. Th. de Paris.

SCHUPPEL. — Observations sur la tuberculose des ganglions lymphatiques. Tubingue 1871.

CAZIN. — Bulletin de la Société de chirurgie 1884, p. 223.

POULET. — Archives de médecine militaire 1884. Du traitement de l'adénite cervicale tuberculeuse des soldats par l'extirpation et le grattage.

COUDRAY. — Conditions de l'intervention chirurgicale dans les localisations ext. de la tuberculose. Th. de Paris 1883.

Revue de chirurgie de juin 1886. Art. de Verchère.

Société de chirurgie 1881. Communications de Marc Sée.

TILLAUX. — Traité de chirurgie clinique 1887, t. I, 2e fasc., p. 447.

POULET et BOUSQUET. — Traité de pathologie externe.

PÉAN. — Leçons de clinique chirurgicale.

PARROT. — Adénopathie topogr. céphalo-cervicale chez les enfants (Revue mensuelle de médecine, avril 1883).

BERGERON. — Tum. gangl. du cou (Th. agrég. 1872).

BOUILLY. — Leçons sur gangl. tub. du cou (Gaz. méd. 1884)

NÉLATON (Ch.). — Thèse d'agrégation 1883.

CHRÉTIEN. — Gazette hebdomadaire (8 janvier 1886).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !